

**京都市社会福祉審議会**  
**第5回リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会 会議録**

**日 時** 平成25年4月23日（火） 午後3時から午後5時まで

**場 所** 京都ロイヤルホテル&スパ 2階「瑞雲の間」

**出席委員** 山田裕子専門分科会長，浮守篤子委員，加藤博史委員，静津由子委員，日野勝委員，藤木恵委員，山田幸子委員，山田尋志委員，上原春男委員，武田康晴委員，富田素子委員，並河茂委員，真鍋克次郎委員

**欠席委員** 久保俊一委員

**事務局** 高木保健福祉局長，瀧本保健医療・介護担当局長，久保保健福祉部長，安部障害保健福祉推進室長，伊藤身体障害者リハビリテーションセンター所長，中田身体障害者リハビリテーションセンター次長，北川保健福祉総務課長，中西身体障害者リハビリテーションセンター相談課長，中田身体障害者リハビリテーションセンター管理課担当課長

－開会－

**【事務局】**

ただ今から，第5回リハビリテーション行政の在り方検討専門分科会を開催させていただきます。委員の皆様方におかれましては，お忙しい中，お集まりいただきまして，誠にありがとうございます。

まず，本日の委員の皆様の出欠状況でございますけれども，1名の委員が御欠席の御連絡をいただいております。既に過半数以上の出席をいただいておりますので，会が成立していることを御報告させていただきます。

○ 4月1日付け人事異動に伴う事務局紹介

**【事務局】**

それでは，この後の進行につきましては，規定によりまして専門分科会長にお願いしたいと思います。会長，よろしくお願いたします。

－議事－

**【専門分科会会長】**

皆様お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。

今から，第5回リハビリ行政の在り方検討専門分科会を始めさせていただきます。

前回，身体障害者リハビリテーションセンターの機能の途中で時間となりましたので，本日の会議は，引き続きその議論を行いたいと思います。

議論に入ります前に，前回，御質問が出ておりました，「児童福祉施設」について，事務局から簡単に説明をお願いします。

### 【事務局】

前回、社会福祉施設等調査の結果に基づきますセラピストの従事者数の資料説明の際に、「児童福祉施設とは何を指しているのか」という御質問をいただきました。その際、明確な説明ができておりませんでしたので、改めて説明をさせていただきます。

児童福祉施設とは、児童福祉法に基づく事業を行う施設等で、主に、助産施設、保育所、児童養護施設、障害児の入所施設及び通所支援を行います児童発達支援センター、児童館、児童遊園等がございます。前回資料として引用しました社会福祉施設等調査の集計項目として表記しております「児童福祉施設」とは、今申し上げました施設等のうち、助産施設、保育所、児童遊園を除いたものでございます。

説明の補足をさせていただきますと、この児童福祉施設のうち、理学療法士又は作業療法士の配置が定められておりますのは、委員の御指摘のとおり、障害児、主に肢体不自由児が利用する医療型の入所施設や通所児童発達支援センターでございます。入所と通所には、医療型と福祉型というのがございます。福祉型の発達支援センターでは、「機能訓練担当職員」ということで有資格者の配置までは求めていないという基準になっておりました。以上でございます。

### 【専門分科会会長】

それでは、リハビリテーションセンターの機能についての論議に入りたいと思いますが、リハビリテーション医療やら、リハビリテーションそのものは、生活全体に関わるために、一人暮らしの方の住居にも関連するところを附属病院は力を尽くしてこられたということをご述べられたのですけれども、その肝心のところは、介護保険制度やら福祉施策が24時間サービスも含めて、次第に構築されようとしていることから、このような制度がリハビリ段階の人たちの医療にもかなうことに、一層の発達を促すことも視野に含めましてセンター体制を思い描きたいと思います。つまり、現状が固定的で動かないということではなくて、肝心なところが今後どのように解決していくかを視野に入れて考えるということですね。その上で、附属病院の状況に関する正しい理解、認識のため、介護や福祉に関わる分野が今後どのように発達するかを念頭におきつつ、リハビリ医療と切り離して、改めて議論する必要があるのではないかと思います。

このため、リハビリ医療の実施に当たって、改めて、リハビリセンター附属病院の状況はどうなのか、周囲の環境はどう変化してきているのかといったことを踏まえて、議論していただくため、事務局に資料の作成をお願いしましたので、その説明を聞いたうえで議論に入りたいと思います。

事務局からお願いします。

### 【事務局】

資料13「身体障害者リハビリテーションセンター附属病院の現状と課題」を御覧いただきたいと思います。

この資料にお示ししております図でございますが、これは、第2回目の際に配布いたし

ましたリハビリテーションの流れの資料を基にいたしまして、附属病院のポジションと申しますか、附属病院がリハビリの流れの中でこういったような部分に位置しているのかを改めてお示しするとともに、附属病院の現状、そして今日的な課題はいったいどこにあるのかをまとめたものでございます。

附属病院につきましては、昭和53年の開設以来、外来診療の充実、あるいはベッド数の増床などに取り組みまして、現在は40床全てについて障害者施設等入院基本料を適用して運営しているところでございます。さらに疾患別リハビリテーション施設基準のうち、脳血管と運動器の2つに関しますリハビリテーションの届出を行っているところでございます。この附属病院についてですが、上段のこの流れで見ますと、中ほどに書かせていただいておりますが、リハビリの中でも回復期のリハビリと生活期のリハビリとのちょうど中間ぐらいに附属病院があるのではないかと、このように考えております。

附属病院の現状についてですが、下段の左側の枠の中にまとめているところでございますが、重度障害の方や感染症、複合疾患等といった患者の皆様方の他に、回復期リハを過ぎてもなお訓練が必要な方、診療報酬制度上の狭間におられる、民間では受け入れ難い方を附属病院においては一部受け入れているところでございます。

附属病院では、現在障害者施設等入院基本料の適用を受けているところでございますので、回復期病棟のように在院日数といったような診療報酬上の制限というのが設けられているわけではございません。したがって、回復の見込みのある方に対しては、時間をゆっくりとかけて、在宅に復帰していただけるようお手伝いをしているといったような現状にあるところでございます。また、御自宅にお帰りになる際には、その御自宅の構造や間取りなども検討いたしまして、在宅生活での支障がないかといったことの検討や対応なども行っているところでございます。

附属病院の現状につきましては以上のような状況でございますけれども、会長からの御指摘がありましたとおり、医療と福祉とが混在しているような状況にあるのではなかろうかと考えているところでございます。

資料13の下段右側を御覧いただきたいと思っております。附属病院の今日的な課題ということでまとめさせていただいております。リハビリ医療の面から附属病院を見ますと、前回は説明させていただきましたところでございますけれども、京都市におきます人口10万人当たりの回復期病棟は48.4床ということで、全国の50.9床とほぼ同等に確保されているということがございます。また、附属病院と同様に障害者施設等入院基本料が適用されている病院は、京都市内に20医療機関、1,508床ございまして、附属病院の40床が占める割合は、2.7%という状況になっているところでございます。こういった民間病院がどんどんと充実している現状の中、附属病院は、その中の一つの病院に過ぎないという状況になっているのではなかろうかと考えているところでございます。

一方、在宅にお帰りになられた後の福祉サービスの利用でありますとか、住宅の改修等にも関わっていると申し上げたところでございますけれども、これらについては、医療というよりも、福祉の分野の取組かなと考えているところでございます。

私どもの附属病院におきましては、障害者施設等入院基本料を適用していることから、

回復期病棟のように診療報酬上の一定の在宅復帰率といったような制限、規定といったものがございません。そういった中で、リハビリテーションセンターの相談課のケースワーカーとともに、附属病院の医療スタッフも加わって、在宅に円滑に復帰できるような援助を実施しているところでございます。

前回、この附属病院は、「在宅に復帰するためのノウハウを持っている」といったような御発言を頂戴したところでございますけれど、昨今におきましては、介護保険が適用される方については地域包括支援センターのケアマネジャーに、その他の方は障害者地域生活支援センター等に引き継ぎをさせていただきまして、お任せしているのが実情にあるところでございます。

こうした対応は、他の民間病院、特に回復期病棟におきましては、在宅復帰率が求められてくるということでございますので、これからも力を入れていかれるところではなからうかと考えております。

それから、収支状況についてでございますけれども、前回も御説明申し上げましたが、平成23年度の附属病院の収支は、約1億9千万円の赤字になっているところでございます。実は、過去10年間の収支差額の状況を見ますと、平均で毎年2億8千万円の赤字を出しております、これらについては、すべて市民の皆様方からお預かりしている税で負担をしてきたというところでございます。以前、収支状況はあくまで副次的な問題との御指摘も頂戴していたところでございますけれども、私どもといたしましては、先ほども申し上げましたとおり、市民の皆様方からお預かりしている血税でございますので、その税金の使い道として、必要なところにきっちりと生かして行くという責務がございますので、この方面からの御検討も皆様方をお願いいただければと思っております。

よろしくお願い申し上げます。

#### **【専門分科会会長】**

今の説明について、議論を進めたいと思いますが、御意見、御質問等ございませんか。

#### **【委員】**

先ほど附属病院の今日的な課題ということで御説明された中で、40床が全体の2.7%ということで、病院の利用率70.2%というのは、やはり満床ではないということですよ。満床にならないその理由は何なのでしょう。

#### **【事務局】**

満床になりにくいというところなんですけれども、確かに、私どもの病院が、現在、障害者施設等入院基本料をとっております、基本的に重度の方、身体障害者手帳でいうところの1・2級の方を7割以上入院させなければならない。それと、脳血管障害の方については、3割以下に抑えなければならないとなっております。そういう実態がございますので、それも40床の内の3割ではなくて、その時々入院されている方の数の3割ということになります。平均30床前後で推移しておりますけれども、30床の3割となりま

すと、脳血管障害の方については9名前後しか入院できないというところがございます。ですから、もし3割でないところで退院があったとしても、その時に申込みが脳血管障害の方からとなりますと、実際には入院していただけない。その方に入院していただくと3割を超えてしまうことになるので、受入れ難いということになってきております。

実際には、前回の議論の中で宣伝が足りないような御指摘も受けてはおりますけれども、そういうわけではございませんで、申込みは多数受けております。実際に昨年度60名位新規に入院していただいておりますが、お断りしている数の方が多いです。79件ございました。私どもの病院の形態上、障害の重い方に限定したり、あとリハビリの可能性、入院の日数制限はございませんけれども、当然リハビリを希望して来られる方ばかりですので、リハビリをして回復の可能性の見込まれる方という選別をする必要がございますので、結果として、ベッドが空いていたとしても入院に至らないケースがございますし、頸髄損傷等の方が入っておられるという高い評価をいただいている部分もありますが、その部分につきましても、実際に頸損の方であっても、空きベッドがあったとしても、私どもの方が、入院の体制上、これ以上の重度の介護の方を受け入れられないという時にはお断りしなければならない状況がありまして、結果として常に70%前後で推移しているのが実情でございます。

#### 【委員】

今の御説明の中で、脳血管障害の方が3割と言われましたけれども、当然のことながら40床ある中で、満床でない限り、赤字になって当然だと思うんです。今になって赤字だというよりも、以前からそういうのは明らかな現状であったのではないのでしょうか。その辺はいかがでしょうか。

#### 【事務局】

非常に厳しい御指摘なんですけれども、実は、私どもの病院は、公立病院でありますけれども、医療法上の病院であります。ですから、公立だからといって特段法にない特別な事業を行なえるというのではなく、医療法上の取組をする必要があります。私どもも、当初から障害者施設等入院基本料を取っていたわけではございません。一般病床でリハビリを主にすることでスタートさせていただいたところですけども、診療報酬の改定によりまして、努力を全くしていなかったわけではなく、赤字幅が当然減るようなところも含めて、保険点数が高いところを取る取組として、以前は、一般病床で90日以内という入院期間を定めると、比較的高い点数を取れる時期がございました。そういう時期につきましては、特に入院患者の選別のところについては制限がございましたので、当時は、脳血管障害の方が比較的多く、90日という範囲で訓練を行ってまいりました。その当時でいいのですが、今のような回復期病棟もまだ診療報酬上定められる前の段階でしたので、わりと今でいうところの急性期の病院から、その訓練を終えられて、その後の今でいうところの回復期病棟の役割をするというような訓練も行っていました。ただ、90日というところについてもかなり厳しく、看護基準の改正があった時に、私どもの看

護体制の部分でとれないという新たな状況として出てきたところがございますので、その結果、一生懸命入院を確保したいのですけれども、一定歳入のところも税で運営しているところも含めて、また、貴重な40床の資源をどう使うかというところについては、努力をさせていただいたところではあるんですけれども、いかんせん、リハビリテーションをする病院も増え、回復期の病院が増えてきたところ、脳血管障害の方は、そういうところで訓練をされるようになり、私どもに回ってくる患者さんは、比較的重度になり、90日の入院期間を守るというのなかなか困難になってきました。複合的な要因がありまして、障害者施設等入院基本料が保険点数上高いものですから、そちらを取らせていただいたというところがございます。こちらの方も当初は脳血管障害の方の受入れについて制限がかかっていませんでした。身体障害者手帳1・2級相当の方であれば脳血管障害も受入れが可能だったわけですが、そちらも平成20年に改定がありまして、3割という制限が加わったというようなところで、いろいろ私どもも努力はしてきておりますけれども、諸般の保険点数の状況とかで、実際なかなか患者が集められない、お申込みいただいても、申込み者数の方が多いくらいですけれども、入院いただけないというような状況に陥っているというところがございます。

#### **【専門分科会会長】**

財政状況はあくまで副次的な問題ということで、第1回目で私もそう申し上げたのですが、それよりもこの病院の果たす役割を京都市全体の環境の中から考えて、行政的な関わりのある京都市がどのような役割を果たすかという観点からリハビリの行政を考えたいので、財政は第一義的ではないですけれども、やはり私たちの税金を有効に使っていただき、むしろ恩恵に浴していない方々も、これからもっとよくして、市民だれでもが行き届いたリハビリを受けられるような方向に持っていくためにどうしたらいいのかを考えていきたいと思います。そういうことを考えますと財政的な状況も大事なことはなっています。

#### **【委員】**

お伺いしたいのですけれども、附属病院の現状の下の2項目は、これはどこでもやっていることだと思うのです。この文章だけ見ますと、附属病院はいりませんよという議論になっていると思うのですが、これ以外の現状はないものでしょうか。どのようにお考えでしょうか、お伺いしたいのですが。

#### **【事務局】**

リハビリテーション附属病院として、今来られている患者さんたちに果たして民間ではできないような、きわめて高度なものができるのかどうかにあります。

一致しているのは、患者が少ない、少なくなってきたということと、今の規定上どうしてもこうになってしまうということです。ではこの中で、全体の2.7%しか占めていないこの病院が、民間ではできないハイレベルな医療ができるのかどうか。また、それを目指

すのかというディスカッションが必要になると思います。

**【委員】**

これ以上はないのですか。「時間をかけて訓練し」とか、在宅福祉サービスの紹介や住宅環境改善など、どこでもやっていることだと思うんです。今更リハセンターの特徴でもなんでもない。本来もっと病院で今やっておられることはないのですかという質問なんです。リハセンターでは、もうこれ以上のことはやっていないということですか。

**【事務局】**

現状はそうであるということです。

**【委員】**

わかりました。ありがとうございます。

**【専門分科会会長】**

リハビリ医療自体は、昭和53年にセンターが作られて以来、葛藤の中でやってこられたことは共通の認識にありますし、その中で、行政としてリハビリ医療に関して病院がすること以外に、もっとあるのではないかという結論になっていると思うのですけれど。

民間病院では受け入れがたい患者を受け入れているということであれば、診療報酬制度の狭間にあるというところなんです。現状と課題の下のところ、その狭間にある方というのは、本当に一旦引き受けてくれる受け皿みたいなところがあるということが、市民にとって非常に安心というか、行政がやってくれるという安心感につながっているところもあるのではないかという御意見もあるかと思うのですが、公の病院がそういうことをやってくれている、そのことに関してはいかがでしょうか。

**【事務局】**

会長から御指摘があった部分について、診療報酬上、通常のリハビリ期間の制限がある中で、リハビリ期間を超えてもまだまだリハビリが必要な方が当然おられるという御指摘かと思えますけれども、リハビリの到達目標は個人ごとに異なりますし、それが診療報酬上の制約によって妨げられているところもあるかもしれませんけれども、だからといって、制度を無視してまで公立病院が運営をしなければならないのか。私どもも、あくまで医療法上の病院でありますから、無視してまでできるとは思いません。その中で、できる範囲として、回復の見込みのある方についてのリハビリを行っているのですけれども、その辺につきましては、今後、どのような方についても、在宅に向けて帰りたいというのが一義的な目標として考えておられますので、福祉としての在宅のリハビリ。前回、委員からも御指摘があったように訪問リハビリ等も充実しているところもお伺いしていますし、体制の整備強化も必要になってきますし、行政の役割としましては、在宅で実際に行われている質的な向上に対する支援の方がより重要になってくるかなと考えております。

## 【委員】

私、第1回目の時に、経済の論理でこういうことは評価してはいけないのではないかと申し上げました。しかしながら、どこの市町村でもありますように、公的な施設の不採算部門を運営するという責任はやはり重いと思います。医療にしろ、福祉にしろ、不採算部門に対する行政の役割は大切だろうと思います。しかしながら、それを隠れみのにして、努力をしないと、あるいは制度に乗らなかったために不採算になっているとか、そういうところは是正していかなければならない。こういう施設は、身体とともに心情的にですね、リハビリセンターにすがりたいという思いの人は非常にたくさんいると思います。しかしながら、その方たちが、現実に今の社会の中で、他の施設が一体どんなことをやっているのか、ということをおろそかにせずセンターにお世話になっている方もおられると思います。

世の中どんどん変わっていきまして、リハセンターができた当時は、理学療法士もそんなにいなくて、リハビリが普及していない時代ですね。その中で、リハセンターの役割は非常にあったと思いますが、それから30数年経ちまして、自分の住んでいる地域での医療を受けたい、リハビリを受けたい、家族がすぐそばでいるところで受けたい。そういう思いがどんどん強くなってきていまして、各地域の病院は、このリハビリにもものすごく熱心に取り組んでいます。そういう中で、私は京都府さんには申し上げたのですが、リハビリに携わる専門家の養成、これをぜひ京都市でやってほしいという要望を出しております。その当時は、京都での養成校は、京都大学だけで、定員が20人程度。その頃に大阪では500人の定員だったわけですね。そういうところに行政としては力を入れてもらって、直接教育に携わらなくても、そういう方向で、熱心に申し入れたことがあります。当時、私が予想したように、どんどん民間病院で地域のリハビリテーションが充実していきまして、STはまだ少ないですけども、PT、OTも増えてきまして、各地域でリハビリがかなり熱心に行われるようになってまいりましたので、我々非常に喜んでいるわけですが、さてここで、リハセンターがこれからどういう役割を果たして行くかという時に、もっともものすごい高度なことをするのか、それともそういう従事者の養成、あるいは他の民間施設、高次脳機能障害でもいいですし、施設の拡大に向けて、京都市が努力される。その方が本当に大きな意味でのリハビリ行政の在り方としては、大切ではないか、そういうふう感じております。

## 【専門分科会会長】

環境が変わっている中で、リハビリセンターがこのままというわけにはいかないということはこれまでもわかってきていることですが、市民の不安は、ここなしで民間で果たしてやれるのだろうか。ここで卒業された方は、不安になってらっしゃるのかもしれないと思います。でも今お聞きしたとおり、他でも皆さん頑張られておられるし、PT、OTさんの確保も増えてきて、地域でできる体制にあるのか存じませんが、それを作ろうという体制に向けていくことがいいのではないかと、という流れになってくると思います。



それと、採算ということから申しましたら、私も採算をあまり存じ上げなかったので、第二義的なことと思っていました。

私の方からお聞きしたいのですが、前回、この附属病院は、ハードルが高くて、1・2級という縛りがあってなかなか入れない。ハードルが高くて入れる方はラッキーで、入られた方だけ非常に手厚く、入られた方にとっては素晴らしいことかもしれませんが、入れなかった方にとって、ここのリハビリテーションセンターの意義というものは、失礼な言い方かもしれませんがあまりなかったということで、民間病院で頑張っていくことを考えていらっしゃるのが実情なのでしょうか。その中でたくさんの財政赤字があるというのは非常に問題であるかと思しますので、その赤字がある分、民間や地域の中で頑張ったり、生活がやっていけなくて、生きにくい方々がここに入れなかった人も、ここに入れなくてもやっていけるシステムを京都市がきちっと作り上げることができたならば、リハビリ行政として京都市がやっていただくこととして、素晴らしいことではないか。また、福祉職や介護職である方たちのレベルアップ、ケアマネジャーが医療やリハビリに関しても知識を持って連携とか、ネットワークとか、心理的なことも含めて、その方を力づけたり、地域の中で集える場所があって、何もリハビリセンターに来なくても、地域で集まれる場があることがすごく大切で、訪問リハビリや通所リハビリを受けながら、地域の中で暮らしていけるというのは、ノーマライゼーションの原理として、ふさわしいのではないかと、私は考えるようになってきております。

#### 【委員】

先ほどから、委員がおっしゃったように意義として高度なものを目指すのか、教育的なものを目指すのかということで、スタッフがそれぞれに増えて、京都市、京都府のリハビリのレベルが上がれば、より患者さんのレベルが在宅にとどまらず、社会復帰を模索するということが絶対必要になってくると思います。その時に、今でももちろん民間で十分とはいませんが、非常に高次脳機能障害の方の学校復帰であったり、社会復帰には本当に手がかかります。外来の診察一つでも、他の方の4倍も5倍も時間をかけて説得して、なおかつコーディネートするスタッフがなかなかいませんと、それも手間がかかって、優秀なスタッフがいると一緒に話を診察室で聞いてもらって、いろんな手続きが進んでいくのですけれど、当院でも去年までいた人がこの春でやめられて、右往左往している状況があるのですけれども、そういう状況を行政が担うことで、そういうチャンスもあるのかと思うと、リハセンターとして担う役割というのは、職業復帰ということ、京都市の方の職業復帰ということ、民間で十分できなかったけれども、あるいはやったけれどもうまくいかなかったけれども、もう一回チャレンジするに当たって、確かに90日の縛りはありますけれども、民間でもこだわっている患者さんもいますが、伸びる方は、症状を変えたり、延長する理由を書いて、それでやって出ているわけで、民間であっても90日に縛られて、在宅に帰る方は、申し訳ないけれど、その範囲の中で、次の在宅のリハビリが整いますけれども、職業復帰したり、高次脳機能障害の方に関しては、どこの施設でも難しいかもしれませんが、現実にはみ出してやっているという事実はあると思いますし。そういうふうな

部分で、リハセンでも長くおられる方は症状を詳しく書いて、延長理由を書いてやってらっしゃると思いますので、一般病院ではかなり厳しく、診療報酬ではじかれたりすることもありますけれども、その辺のところを何とかやっていただいで、チャレンジしてだめだったということは決して無駄ではないと思うので、90日間で終了してしまうと、他の人はそうなんだから当然それでいいんじゃないかとしてしまうと、本来のリハビリという考え方が、ますます、期間とかに縛られる形になってしまって、期間をやったからそれでいいよねということではないだろうと思うんですよね。在宅のリハビリは民間の病院にお任せされたらいいと思うし、職場復帰に行かれる方を希望があればいろんな人にチャンスの機会としてとらえて、ある程度だめだと見極めて戻すとかという形でもっといろんな人に敷居が高いのではなく、チャンスを広げるような役割もできるのではないかな。関わってしまうとなかなか切れないとか、心情的な部分があると思うのですけれども、その辺をむしろきっちり見極めてやっていただくところを、公的なリハセンターの役割として望みたいと思っています。

#### **【事務局】**

委員から高次脳機能障害の件について御指摘いただきましたところでございますが、資料14も見ていただいたと思うのですが、高次脳機能障害についてはこれまでの議論の中でも、新たなニーズという形で議論いただいでいるところがございます。医療の分野でやる部分と、就労も含めまして生活をどう支えていくのか福祉的な分野、両方あるかと思えます。福祉的に支える部分について、今後の課題であり、それが公的な責任としてどうやっていくのかは、当然必要性も含めて御検討いただければと思っております。

#### **【専門分科会会長】**

高次脳機能障害では、職場復帰ということに関しては、現在もリハセンでは頑張っておられると思いますが。

#### **【事務局】**

職場復帰という部分で言いますとかなり率は低いです。実際に入院される方がかなり重度化されておりますので、私どもに入院される時点でかなりの日数を経過されていて、なおかつ重度の方が多いということで、最近は職場復帰をあまり見ない状況になってきております。ただ、高次脳機能障害も含めてなんですけれども、そういう方々も入っておられますし、高次脳機能障害のある方になるともっと就労に関しては困難になってきていますので、私どもの障害者支援施設の方で、今現在、就労につなげられないかどうかも含めての訓練等については、オールセンターとしての部分で言えば、病院ではなくて、福祉部門の方で取り組むということで実施しております。

#### **【専門分科会会長】**

施設で実施しておられる人数などはいかがでしょう。

## 【事務局】

施設の方は、実際入所されている人数は申し訳ない位の人数です。40人の機能訓練ができることになっておりますけれども、今日現在登録していただいておりますのは13人に止まっております。ただ、施設に入所を申込みされて入っておられる方の7割方が高次脳機能障害の方です。その状況について説明をさせていただきますけれども、利用が減っているところの部分については、実は私どもの施設については、昭和53年当時、身体障害者福祉法上の肢体不自由者更生施設として機能訓練をする施設というスタートしております。当時は「重度肢体不自由」と、単なる「肢体不自由」との両方の系統があったのですが、入院病棟とのセットのリハビリセンターということもあったかと思うのですが、重度がついていない「肢体不自由者更生施設」としてスタートしました。これは何を意味するかといいますと、訓練の施設でありながら、実は、施設に入っただくには、日常生活動作の自立を求めておりました。というのは、身の回りのことは自分でできる方に入っただくいて、そこから先の社会復帰に向けての訓練をするということを目的としておまして、今は新しい法律上の障害者支援施設となりましたが、その性格は変えておりません。機能訓練として日常生活動作が自立された方に入っただくいておられます。結果として、そういう方を対象にしておりますので、民間病院も含めて、リハビリの医療技術も伸びていますし、集中したリハビリを行うということで、日常生活動作が自立された方はおられるのですが、そこから先、さらに在宅施策の伸びを認知していただきたいところがございます。と言いますのが、支援費以降、京都市の場合、障害者福祉に関しては、かなりの経費を投入しておりますし、実際に居宅のホームヘルパーの派遣についてもかなり数の対応をしております。政令市でもトップクラスの力を注いでいるということもありまして、あえて在宅に帰った方が、さらに施設に入って訓練したいとは思われないというのが多分あると思います。

私どもの方も、営業活動といいますか、市内回復期病棟には、ある病院には毎年1回必ずパンフレットを持って、私どもで訓練を望まれる方がおられれば、ぜひとも紹介いただきたいという活動を行っているのですが、なかなかそういう方がおられないのが実情としてございます。その中で、センターへの入所を御希望される方は、委員から御指摘があったとおり、高次脳機能障害の方になりますと、まだまだ在宅施策の受入れの部分で、施設もどういう対応をしていいのかわからないという部分もかなりありまして、一旦私どもの施設でそういう訓練をお願いできないかということで、機能訓練の施設ではありますけれども、高次脳機能障害の方の生活訓練的なものも含めて訓練をさせていただきます。ただ、確かに一家の大黒柱の方になると就労の関係の話題も出てきてまいります。そういう時には、支援員もその会社との話の中で、どういう状態になったら帰れるのか、ということも含めて、御相談しながら、センターのいいところなんです、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もおりますので、一緒に専門家の意見も聞きながら、どういう訓練を進めていくのがいいのかという取組も行っておりますけれども、私自身、ここ10年連続でこの職場にいるわけですが、10年前ですと、まだ就職祝い金が出せるような就労

に結びついたケースもあったのですが、私が施設長になってから、就労に結びつくのは、実際活動はしているのですが、今はなかなか難しい状況にあります。高次脳機能障害の関係については、そういう形で取り組んでいるところもありますけれども、広く他の民間の事業者さんにもしっかり知っていただいて、京都市全体としての底支えといいますか、高次脳機能障害への理解等を深めていくということも含めて取り組んでいくのが、行政の仕事になってくるのではなかろうかと思ひ、入所は少ないですけれども、少ない中で一番大変な思いをされている方への支援については、力を注いでいきたいと取り組んでいるところです。

### 【委員】

金額が大きいのですけれども、この赤字をなくすために、なぜひハセンでは79件を断ったりとか、重度の方のみとか、脳血管障害者が3割とか決めてしまうのか。昭和53年からしているので、この辺で時代に合わせて、在宅支援サービス、受け入れがたい困難な重度障害者に対するデイサービス、ショートステイを提供することが必要なのではないのでしょうか。

第1回の時に見学させていただいたけれども、民間のリハビリ病院ではどうかわかりませんが、精神的にも身体的にも苦勞されている方の休憩場の物言わぬ自動販売機を見てびっくりしました。苦勞をねぎらう専門家、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の方々とか交代で患者さんを診て、言葉を交わし、この病気を抱えたら、しゃべるといことが、会話をすることが大事だと思うんですね。専門スタッフが、交代で患者さんを診て、サービスを行う場があってもいいのではないかと思います。これからは、そういった時代を生かした病院の改革はできないものなのでしょうか。

### 【事務局】

病院の赤字を少しでも減らすためにという取組については、先ほども述べさせていただいたように、日本の場合、健康保険上の話ですので、一番保険点数を取れるところでの障害者施設等入院基本料を選んでおります。もう一方で、入院患者を多くするところで、障害者施設等入院基本料では、重度の方しかとれないとか、脳血管障害の方が3割しか取れないという制限がありますので、多くおられる脳血管障害の方をたくさんとろうとすると一般病床にしなければならない。そうすると、たとえ入院患者が増えたとしても赤字幅は減らない、保険制度上の影響を受けております。公立なので全く気に留めず、障害者施設等入院基本料を無視した形で、空きがあるのでどうぞ入ってくださいとなると一般病床の一番安い点数になりますので、全く運営が成り立たないという状況に置かれています。

私どもの病院はリハビリを専門にする機能重視のところがありますので、御指摘のあったアメニティ系の設備等は設けておりません。ただ、セラピスト等も、それぞれ病棟なり訓練の場面とかでは、対応というか、いろいろな御相談に乗ることは積極的に行っておりますので、見た目の建物の部分では、アメニティ部分では見劣りするかもしれませんが、ソフトの部分ではそういう対応をさせていただいているところはございます。

### 【専門分科会会長】

病院機能としてセラピストは、身体的リハビリに集中するということですし、一見病院は堅いところで、アメニティとか快適さを望むことは、無理な面もあると思います。それにしても皆さんがやってらっしゃると思うんですけども、それは病院の機能を果たすという本来の目的からいえば、ソーシャルワーカーですとか、ボランティアとか家族的な環境は、また別のところになると思います。

### 【委員】

世界的な免疫学者の多田富雄先生が障害になられた時に、本当に必要な人に必要なリハビリテーションを、これは守ってきたと切々と訴えておられました。多田先生は、障害になられても高いQOLを維持して、様々な社会的活動を続けておられましたけれども、一つお教えいただきたいのは、本当に必要なならば、いくら赤字が出たとしても、10年間で28億というすごい公的なある意味で血税がそそがれている。本当に必要なならば、何としてでもやっていく必要があるのでしょうか。しかし、大体可能なものであれば、そうしていくべきですし、かつ民間では受け入れ難いというところで、狭間にあるという表現がございます。この狭間にある人たちへのきめ細かい支援ですね。もし、この新しいセンター構想の中で、病院機能が民間に代替してもらおう方向になるとすれば、狭間にある人へのきめ細かい支援がおそらく必要なのではないだろうか。その辺りについては、何かこういう対応を考えているとか、あるいは、逆にあまりそういうことは必要ないとか、その点でお教えいただけたらなと思います。

### 【専門分科会会長】

狭間にある方たちについて、こうするべきだと事務局で思っているのがあればお願いします。それ以外に委員にもどういう手立てをとるべきなのかをお聞きしたいと思います。

### 【事務局】

御質問いただいた部分につきましては、そういう方々がおられるという、前提に立って、その部分の方々を私どものセンターで一手に引き受けられる状況にないのも事実でございます。かなりの人数の方がおられますので、入られる方は、非常にラッキーな方でせいぜい年間60名程度という状況にあるところを考えると、そういう状況にある方が実際にどうされているのかを思いめぐらせれば、最終的には在宅に戻ってのいろんなサービスの受給につながってくるのではなかろうかと考えております。障害の方でもサービスが充実していますし、介護保険の方でもいろいろな在宅サービス事業等もあろうかと思います。

ただ、そういうところへまず1点、スムーズにつながるのか。病院の情報や在宅の情報を御存じなくて戸惑われる、だからリハという名を見て、こちらへ来られることもあるかもしれませんので、地域で活動されているケアマネさんとかに、現在の医療の状況も含めて、情報提供するようなシステムづくり。それから、地域で実際に生活するに当たって、

リハビリ関係の介護保険等につきましても、リハビリという名称がついていても、理学療法士等のセラピストの方々が、まだまだ介護保険分野に進出がなされていない状況がございます。国の方も、それをわかってか知りませんが、基準上は、そういう専門家を置かなければならないということにもなっていないというところが一部ありますので、機能訓練指導員という名称を与えて、その方々が中心になって訓練をすればよいというようなところもあります。市民の方が、広く安心して、ここならサービスを受けてもいいなと思っていただけるような、民間事業者の職員の方々のスキルアップ。特にリハビリという観点の認識をもって指導していただける。単に「あんなところに行って体操してもしかたないわ」というような言われ方をしないような形で、専門的な知識を身に付けていただくことによって、「お宅様は、そういう動きはこういう効果があって、このように動かせばいいんですよ」といった、専門的なことがいえる職員を作っていくようなことがあれば、市民にとっては安心して、在宅生活を送る気にもなっていたいただけるのかなと。どこまでいっても病院にしがみつく形というのは、最終的には、どなたであっても多分在宅で生活したい、ただもう少しリハビリをしてから行きたいという方々が多いと思います。在宅に戻ったとしても、知識を持った方がおられますよ、という社会全体がそういう認識を持っていければ、より安心して在宅生活に臨めるのかなと思いますので、行政としては、地域の下支えみたいなところが必要ではないのかなと思っています。

#### 【委員】

身体障害や脳血管障害を負って、在宅とか、機能訓練とか、どこでお金をその本人が使うのか。在宅で使うのか、リハセンで使うのか、どこで使うのが一番いいのか、その人にとって何が一番いいのか、もっと専門家が見極めてほしいと思います。

#### 【専門分科会会長】

納得がいく御意見だったと思います。私もそう思います。専門家が育っていないという、育ち切れていないということもあるかと思います。専門家をどうとらえるか、地域ではリハビリの専門家が少ないですから、そういう人たちをもっともっと育てていかなければいけないと思います。病院機能というものにお任せしている状態ではなくて、これから、もっと地域にPT、OTさん、それから障害者支援専門員みたいな人たちが育って行って、縦横に資源を作る、使うことが望ましいのではないかと思います。

たとえば、私は高齢福祉の専門ですけれども、10年前、2000年に介護保険ができた時は、皆さん、介護保険は最初は知らなかったし、ほとんど利用もなかったし、抵抗もあった。それから、10年前、15年前はほとんどの皆さんが高齢者施設に行きたがらなかったところでした。というのは、自分の人生に高齢者施設がなかったから、知らないものに行く決断は難しいと思うんです。地域のコミュニティの中で、地域リハビリという概念がこれまでなかったから、病院が輝かしくて、頼りになって、たのしくて、何年もここにいたいということもあったかと思います。大分リハビリ環境が変わってきておりますし、地域で高齢者や障害者も多くなっていますので、専門家をもっともっと必要なのに少

ない現状があると思うんですけれども。

**【委員】**

リハセンというのは、中枢的な機能を果たしていく拠点だと思うんです。その拠点になるリハセンが、断っている状態というか、拒絶している。

今は、生活支援、在宅支援としての重度障害者に対するデイサービスやショートステイなどの時代に来ている。まだまだ、たくさんの課題はあるのですけれども、リハセンが存続して、黒字になって、障害者が幸せな生涯を、生活していける場として、その拠点として今ある多くのことを発信していけるような施設になってほしいと思います。

**【委員】**

私は、肢体障害者協会からこの場に出していただいております。私どもの団体は、どちらかといえば中程度の方が多いので、リハビリセンターの医療機関の現状と課題を見せてもらおうと、はっきり言って、こんなことを言うと不謹慎、怒られるかもしれませんが、毎年こういう多額な赤字を京都市が出して経営されている。もちろんそれに対して、とても喜んでたくさんの方がリハビリで助かった、動けないものが動けるようになった、他の医療では認められなかったものがここで認めてもらったという話はたくさん聞きました。私どもの方にも電話もあり、投書もあります。でも、この現状と課題の中で、先ほども委員が言われましたが、当然京都市が多少の赤字を覚悟してもこういう行政を続けることが一つの基本かもしれませんが、はっきり言って1億9千万円。言葉ではすぐに言えます。私見たことないですし、おそらくこれからも見ることもないでしょう。だけど、それだけのお金は、京都市民の血税なんですよ。税金だということを改めてお互いが知らないといけない。ここまでの赤字状態になってきたのは、リハビリセンターの職員さん、すみませんけど、やっぱり職員さんにも努力がなかったのではないかと。本来なら、風呂敷背負って夜逃げですよ。そんな状態の中で、何かもっといい施策を考えてもらえたら、今この場でこのようなことで審議にしなくてもよかったのではないかと、ということ前置きに。

何度も言いますがけれど、リハセンでは、リハビリの専門家の育成をやっていただいて、もしこの病院がなくなるようでしたら、ちゃんとした後のケアを京都市さんがしっかりしていただきたいなと思います。もし、病院は除いてもリハセンターとして機能するには、先ほどから就労の問題も出ています。もちろんここを通った、通らないに関わらず、二次障害の予防というものは、我々肢体協会の中でもとても重要視されています。リハビリの専門家を入れていただいて、ますます発展していただきたい。その中にもいろいろな相談業務、就労もそうですけれど、結婚まで取り組んでいくようなそれぐらいの気力は持ってやっていただきたい。リハビリされる方は年寄だけではないんです。若い方がおられます。私ごとですけれど、結婚相談所も10何年やらせていただいております。こんな子結婚できへんで、という子でも来るんですよ。あれを見てるとね。何とかしてやりたい。どうしたらいいのかわ。生活保護もらっている者同士が結婚するにはどうしたらいいのかわ。車椅子の人は、どうしたらいいのかわ。知的障害、精神障害の方、かなり重度の人も来られます。あ

こがれなんですよ。就労も必要ですけど、就労プラス結婚ということまでお話ができるすばらしいリハビリセンターにしていきたい、そのように思っております。よろしくお願いいたします。

### 【専門分科会会長】

夢をいただいたような気がします。リハビリテーションというのが、就労ということにとどまらず、結婚やら旅行やら、普通に生きられるような資源というものを京都市が行政として、バックアップしていただけるような形の答申にしたいなと思っております。

### 【委員】

皆さんがおっしゃったように、リハビリテーションセンターというのは、京都市が市民のために作ってくださったセンターですよね。私たちの子どもは、途中というよりも生まれつき障害を持っていますけれども、リハビリテーションセンターは、中途障害の方がリハビリに行かれるというイメージがあって、そうはいつでも、高校3年生までは、児童相談所なんですけれども、それを過ぎるとリハビリテーションセンターで判定を受けくださいと突然言われて、生活に関わると思うのですけれど。

今日、たまたま、京都市身体障害児・者父母の会の評議員の集まりがあって、リハビリテーションセンターって皆さんにとってどんな存在ですかと質問をしたのですけれど、高校3年生になって、判定を受ける時、それまで関わりなかった先生いきなり判定されても、子どもが泣き出すという方も何人かいらっちゃって、先生をとやかく言うのではないのですけれど、お母さん方にすれば「はぁ」みたいな感じに思われるような、接し方というか、障害者のことをばかにしているのかなという御意見も多くて。あとはPTの先生からこのスロープを歩いてみて、とおっしゃって、知的障害なので、S字型に歩いてと言われてもどういうふうに歩いていいのかわからないけれども、そういう指示されるし、障害者のことをわかっておられるのか。ヘッドギアを作りにいかれても、こういうふうに作ってほしいといっても、それは無理と一言言われたとか、そういう御意見が多々出ていて、マイナスイメージばかりだったのですけれども、でも、それ以上のことは、次来た時にお世話になるから、ぐっところえてその場を去りますということで。なので、市が作っていただくので、期待度はすごく高い。ここに行けば、この子の生活がうまくいくんじゃないかというふうに、途切れのない支援が必要なので、家で、地域で生活するにはこういうことが必要で、その動くためには車椅子が必要とか、総合的には考えてくださっているセンターがあればいいけれど、みんながそこに行かないのは何でなんだろうみたいな意見も出ていて。先ほどから出ている採算ということから考えると採算を評価するには、市の福祉行政というか、センターが最初から障害のある私たちの子供たちの生活を考えてくださって、体現していくというか、システムを作っていくとか、地域で暮らすにはどうしたらいいか、総合的にしてくださるといいかなと思っています。一人のお母さんが、ヨゼフ整肢園に通っておられますけれども、ヨゼフはそういうことしてくれないけれど、ヨゼフは私立なので無理でしょうということです。ヨゼフで療育相談しようと思ったら、リハビリテー



ションセンターへ行きなさいといわれて、たまたま私がリハセンを知っていて、リハビリテーションセンターってどこって聞けてよかったという感じでおっしゃったんですけれど。

せっかく市民のために作ってくださったリハビリテーションセンターなので、十分機能を果たしていただきたいと思っております。

#### 【専門分科会会長】

障害を途中で持った方とか、生まれたときから障害のあるお子さんの成長にも全部、そういうノウハウだとか知識だとかを集約していただいて、バックアップというか民間を育て専門家を育てるようなセンターになっていただきたいと思っております。

#### 【委員】

私の団体は、知的障害者で、「リハビリテーションセンターって知ってる?」「え、何それ。」そういう意見が多くて、私はたまたま娘が脳性まひで判定を受けるのに初めてここへ1回だけ来たことがあって。知的ではなくて身体不自由の人は、ここで判定を受けて、障害者手帳をいただく場所なんだと思って寄せてもらったのですけれど。

昭和53年には、他の民間の病院ではこういうことはできなくて、京都市だからこそできた病院だと思うんですね。でも、それから長年経って、それぞれ民間で、研究されたり、いろいろとノウハウをそろえてやってこられて、もうどれくらいあるかわかりませんが、準備が整ってきたのではないかなと思うのです。

それと少しわからないんですけれど、リハビリテーションセンターで、どうしたら入院とか行こうとか思った時、どこでわかるのですか。中途障害になって、救急車で運ばれてこられるのですか。外来で来たいと言えば来られるのですか。

#### 【事務局】

急性期で倒れられてすぐは対応してなくて、それ以降のリハビリができる段階になって、というところですので、一般的には、直接市民の方からというよりは、病院を通じて紹介があって、こういう患者さんがおられますけれども、こちらで診てもらえませんかということに入ってこられるのがほとんどです。

#### 【委員】

前半は、高次脳機能障害とか、委員からドクターの御意見など、我々にはわからない分野なので、ここで勉強させていただいたと思っていますんですけれども、どうもやはり昭和53年当時に比べて、セラピストとか専門職の方の人口が変わってきたということとか、民間の果たす役割が変わってきたということで、行政がこうやって赤字を出しながら、行政の責任でよくなる時代は果たして来られた。今はどうかというと、多分民間に委ねる部分がずいぶん増えているなという印象を受けました。そういう意味で、だいたいお聞きしていると、私が最初に疑問に感じていた議論が出尽くした感じで、公的な責任というか、行政が赤字を出しても、どうしてもやらなければいけないことは私もやるべきだと思っ

いたんです。その役割も終わりつつあるという印象を受けました。

後半は、子どもさんに障害をお持ちの皆様方、障害の方のお話をお聞きして、高齢分野でするので、結婚のお話とか、知識としては知っていますけれども、当事者体験のお話としては、幅広い問題があるなど感じながら聞いていました。しかし、会長がおっしゃっておられたように、施設や病院に依存する時代から、自宅で暮らす、地域で暮らす時代に我々高齢者分野でも大きく変わっています。障害者分野でも支援費が始まった時に、たとえば、今は1,600から1,700の市町村がありますが、介護保険制度が始まるまでは、当時、全国3,300ほどの市町村があつて、制度、サービスの少ない市町村と多い市町村の格差が8倍あるというデータがありました。ところが障害者施策については、市町村の格差が見えないという話を聞きました。というのは、全く0のところがあつて、何倍という数字が出せない時期があり、支援費になってから、行政の予算上、ずいぶん御苦労されたと思いますが、行き渡っていくプロセス、自立支援法も本人負担のことで課題があつたようだけれども、障害者施策は、我々高齢者施策と一緒に、地域で暮らすためにみんなのお金を使う。あるいは人が幸せに暮らすとはいったい何だろう。専門職がすべて引き受ける時代から、御本人が作っていく人生、先ほどの御結婚も含めて支援する社会、その方向に行きつつある。しかし、それは残念ながら十分まだ成熟していないのではないか。特に精神病床の問題で、去年の6月18日に、国の方から、33万ベッドあるけれど、世界の精神病床の5分の1が日本にあるのは何でだろうという話が出た時も思いました。要するに地域に帰る場所がない。京都市も同じで、経営の問題もあります。やはり時代がそのように変わろうとしているのは事実です。先進30箇国ほどの中でも、日本の医療がどうしても病院中心なのは、数字上明らかとデータで見ることがあります。徐々に地域で暮らす、自宅で暮らす、そのためのリハビリテーションは非常に大きな役割ですから、リハセンが今後どのような機能を果たすのかは、よくわからないのですけれども、昭和53年に果たされたように、今はないけれども、これからの時代に必要なものを京都市が予算を作ってもやっていく。我々の高齢分野からみたら、地域包括支援センター61箇所あります。そして、中学校が76箇所あります。各圏域の中に要介護3から5の方が大体150人前後、在宅で暮らしています。そういうふうな方たちがリハビリも含めて介護、住民の支え合い等でしっかりと暮らしていけるような、暮らしを支援する仕組みにこれから移行していきますので、ぜひ今社会に十分成育していないものを、何か支援する役割を果たしていただけたらどうかと思います。

### 【委員】

やはり、最初の方の議論で、病院の存続が少し問題になったかと思います。ここは公的病院ですから、先ほど皆さんがおっしゃったように民間病院でできないこと。これは、先ほど説明がありました。民間でできないとは何かというと経営的に損失を被るような患者さんはなかなか取れないということがあります。それを取るというのは、診療報酬上、非常にマイナスになるのかプラスになるのか。そのマイナスになる部分を受けなきゃいけない。ある程度マイナス部分があると思います。事務局の方の足りなかつたと問われるかも

しれませんけれどもそういうことがあると思います。ただ、委員もおっしゃったけれども、民間でも診療報酬上マイナスの部分もいろいろ工夫しているということをおっしゃっています。そうするとリハビリテーション附属病院の役割はいったい何なのか、もう一度見直さねばいけない。診療報酬でもそうですけれども、リハビリテーションの考え方が変わったのは、介護保険が導入されてからですよ。これが大きく変えてしまって、医療と生活、生活の質と生命の質を分けてしまって、リハビリテーションは、ずいぶん医療なのかあるいは福祉なのかという形で議論された時代がありました。それが大きくなっているのではないかと思います。病院のこれからの役割は、もう一度公的な必要な理由をあげてみて、ぜひともどうしても必要であれば、経済的にどうやってリハビリをやっているのか。税金をつぎ込むのも必要でしょうけれども、皆さんの血税をダダ漏れに使うわけにはいかないから、こういう理由ならここまでなら出してもいいだろうという形を出す必要があると思います。

市のリハセンターのこれからの在り方ですけれども、京都市の公的なリハセンですから、やはり、京都市のリハビリ行政の在り方の拠点であるべきだと思います。その在り方は何かというと、これから障害の方が増えてくる。特に高齢の障害の方も増えてくるであろうから、在宅に向けての問題が大きくなっていく。これから、団塊の世代の人々が高齢者に入ってきます。ということは、要介護状態、あるいは要入院状態の方が今後増えていく。国は病床数は増やすつもりはない。ということになると、どうしても、在宅、居宅に目を向けて、そちらでの医療界の方々の支援を中心に担っていかなければいけないことになるだろうと思います。そちらに目を向けた形のもので、センターの一つの在り方かなと考えています。

### 【委員】

大きいのは、やはり行政がやるという中でも、何人かの委員がおっしゃっていましたが、民間がやれていないことは、どうしても必要であれば、お金がかかってもやるべきだというのが正しい方向かなと思います。ただ、10年間でざっと28億の赤字は赤字過ぎて、その部分はなんとかしなければいけない。これから存続という何か別の形を変えて考えていくうえでも、それを抱え続けるというのは、おそらく現実的でないのかなと思います。30%が常に空床という話だったのですが、現実的に埋めていくことを考えれば、定員を下げた方法が一つかなと思います。もし定員を下げないとしたら、40床のうちの30%、10から12床位を埋める手立ては、民間がいろいろ取組をやっているのであれば、その取組に、全部同じようには公的なところがあるのでできないまでも、そこに学ぶべきところは必要かなと思います。さっき、障害者施設等入院基本料というのをやっているところが20医療機関あるという話で、もしこれがあるから赤字になるという理由であったらば、この20医療機関全部赤字じゃないとおかしいわけで、そうじゃないということは、何らかの工夫をして、ちゃんと運営している、そこから学ぶべきことはあるだろうと思います。

もう一つは、せっかくセンターとしての病院だけではない機能を持っているわけですか

ら、そこの連携を明確に打ち出すべきかなと思います。ここに委員として参加させていただいて、いろんなところに連絡して状況を聞いてみたんですけど、やはり有名なのは、名古屋市と横浜市という話になって、名古屋の人に電話で聞き取りを試みたんですけど、利用者の選別みたいなことが課題としてはあって、一概には言えないけれど、利用者の方たちが名古屋リハで受けてもらおうと、就職までつながるといことがあって、ものすごく人気になっている。最重度の人はどうなのか微妙ではあるのですが、たとえば、高次脳の人が就職までつながる、あるいは若年性の脳卒中の方が就職につながっていく、あるいは、生まれながらに障害を持っている人で、なかなか難しかったけれど、しっかりリハビリをして就職や在宅生活につながっていく、あるいは、委員からあったそこですっかりいろんなことを身につけて結婚した人がいるよとか、ただ病院単独で考えるのではなく、そこから施設も使い、別のものとの総合的なセンターとして結果を出していくことが浸透してくると、じゃあスタートはリハビリセンターの病院でぜひお願いしたいということにもつながって、30%も埋まっていくことにもなるのかなと思います。

総合的に考えると、どうしても私は病院機能を中軸として残しておかないと、センターに病院がないとなると、そういういろんなことが考えにくくなってしまって、単なる機能訓練の一事業所みたいな感じになって、じゃ、他のところでもやっているみたいなことになっていくのではないかな。ちなみにもう一方の資料をもらったのですが、横浜市リハセンターも病院機能は残すけれど、かなりシェイプアップして、地域リハとか子供たちの療育とか社会リハ、職業リハを専門的にバックアップしていくような体制でやっている。入院・入所の部門は、少し苦戦はしているけれど、高次脳機能障害の人たちを専門的に受け入れることによって採算、バランスをとっている。そういうこともあったりします。どちらにしても、病院も、もしかしたら施設の方もそうかもしれないけれど、専門性の拠点になるなら、専門性が必須だなということを思っています。

### 【専門分科会会長】

調査をしていただきありがとうございます。専門性ということに関して、私が思いますのは、高齢の方が多くなっていくので、複合的な病気というものも多くなれば、規模がすごく大きくなるのではないかなと思っていて、病院をするなら、すごく過酷でものすごい巨額なお金が必要になってくるんじゃないかなという懸念があるようには思います。

それでは、これまでのまとめをさせていただきたいと思います。

資料14「各論点とこれまでにいただいた意見と方向性のまとめ」を御覧ください。

この資料の右端に「公民の役割分担の視点を踏まえた具体的な機能(案)」ということで、図を追記しております。

まず、私たちは、リハビリテーションを機能回復訓練ととらえるのではなく、「全人間的復権」という観点でとらえていくということで、これまで議論を行ってきました。QOLの向上、社会参加を目指すということで「地域リハビリテーションの推進」をまず論点①に挙げたところです。

その具体策としては、京都式地域包括ケアシステムというのが第3回目が出たと思いま

すが、そこの連携をあげています。これは、地域リハビリテーションの根拠が障害と高齢の2種類あるわけですが、「住み慣れた地域でいきいきと暮らしていくため」という共通の目標に基づいて、障害、高齢と分け隔てなく各機関が連携して施策を進めるということです。ただ、地域包括ケアシステムというのも2、3年前に、もちろん地域包括支援センターは2006年に始まっていますが、ケアシステム自体はまだ若くて、十分満足いくほど、しっかりと成長、発展をしているわけではないので、これもこれから作っていく土壌ということで、考えながら、作り上げていくということだと思います。

また、公の役割として、リハビリテーションの円滑な流れを確保するために、各サービスをつなぐ仕組み、いわゆる総合調整機能を確立させていくこと。それから、情報提供と共有のためのネットワーク化、人材育成、民間事業者によるサービスの質的向上に力点を置いていくこと。そして、地域において、市民参画、市民協働によるさまざまな連携や支援が行われていくため、行政がそのバックアップを行うこと。これらに公としての重要な役割があると整理いたしました。総合調整機能というのはソフトの面ですので、形ではなく、建物ではない、箱物ではないので、人間として言葉を駆使して想像力を働かせてやっていくので、見えにくいかもしれませんが、効果を上げることはできると考えております。

また、今後は、京都府との連携において、二重行政にならない形で、協調して推し進めていくことを期待します。

次に、委員からもありましたけれども、障害児が子ども時代から大人になるところでごろっと担当行政機関が変わるということで困っておられます。障害児者の更生相談所機能ということで、現在のセンターにある身体障害者更生相談所を含め、障害者総合支援法に基づく三障害及び障害児のための専門相談窓口を一体化することで、市民にとってわかりやすい機能が求められているわけですが、単なる窓口の統合ではなくて、それぞれの障害の特性に応じて専門職員を配置することで、相談やら判定機能を充実させていくことを求めています。

それから、補装具製作につきましては、資料を見せていただき、これは公が直接製作するのではなく、補装具製作事業者の支援を行っていくことが適切かと思えます。

次に新たなニーズのところでは、今日の会議でも皆さんおっしゃっていただきましたが、高次脳機能障害者への支援ができていないということで、絞りきれないのではないかと思えます。現在、高次脳機能障害のある方の支援、社会参加の実現に向けた支援というのはまだまだ不足している状態ですので、高次脳機能障害の方の相談機能、それから生活訓練やグループワーク、家族支援など、さまざまな角度から福祉サービスの提供が急がれるわけですが、この分野は、お金もかかりますし、知識、両方で、民間での支援が広がりにくい、まさに昭和53年の身体障害者の現状にあるかと思えますので、支援が広がるまで、まず公が先導して行うことが必要であることが、今日も皆さんおっしゃってくださったことだと思います。

最後に、この図には書いてありませんが、リハビリ行政については、公の役割を医療から生活期における福祉に移行させる方がいいのではないか。先ほど申しましたように医療

に重点を置きますと、莫大なお金がかかる。その覚悟というか、財政的には相当の取組になってしまうと考えますので、福祉に移行させるとともに、個別支援、「一人一人の違いに応じた個別支援」ということで、センターが今までに培ってきましたノウハウを生かした民間サービス提供事業者等への「専門性を向上させるための支援」にシフトさせる方向がこれまでの当分科会の議論の結果ではないかと思えます。

ただ、ものすごくお金がかかりますので、医療機能をなくすと、最後に委員がおっしゃったように、これまで病院を中心に発展させてきた技能をどのように獲得していくのか、支援というものをどのように維持していくのかは、私もわかりませんので、これからも議論していけたらと思えます。

これまでのまとめをさせていただきました。

これから答申という作業がありますので、これから4、5、6月と引き続き、お付き合いをお願いしたいと思います。

そろそろ終了時刻となりました。

今回は、これまでの議論をもとに、いよいよ答申案の作成ということになりますが、事務局とも調整し、私たちの方でまとめさせていただいたうえで、委員の皆様と確認を行いたいと思えますので、どうぞよろしくをお願いします。

でき上がり次第、委員の皆様にお送りしますので、熟読していただき、御意見等を躊躇なく頂戴したいと思います。修正したものを次回、第6回の席上で見ていただき、最終議論にしたいと考えております。

次回の日程等については事務局からお願いします。

#### **【事務局】**

本日は、皆様におかれましては、大変長時間に渡りまして、熱心に御議論していただき本当にありがとうございました。

次回、第6回目の日程でございますが、現在のところ、来月、5月下旬を考えております。いつものように事前に皆様方に日程について調整させていただいたうえで、決めていきたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

—閉会—